

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N° 257

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston TOUSSAINT

Né à Argenteuil (Seine-et-Oise), le 13 juin 1884

RHINITES SPASMODIQUES
PÉRIODIQUES ET APÉRIODIQUES

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

257
N°

POUR

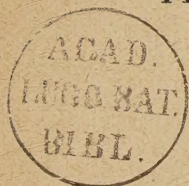
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston TOUSSAINT

Ne à Argenteuil (Seine-et-Oise), le 13 juin 1884

RHINITES SPASMODIQUES
PÉRIODIQUES ET APÉRIODIQUES



Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THONOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR BRAULT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR CHAPUT

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LEGRY

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR PARMENTIER

Médecin de l'Hôpital Tenon

*A qui je suis particulièrement
reconnaissant.*

A MONSIEUR QUEYRAT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LEMAITRE

MONSIEUR SÉBILEAU

Professeur agrégé

A MESSIEURS LES DOCTEURS
DUPLAIX, MARTHA ET DESTREM

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

RHINITES SPASMODIQUES

PÉRIODIQUES ET APÉRIODIQUES

INTRODUCTION

Le rhume des foins et les rhinites spasmodiques apériodiques sont pour nous des ennemis personnels: depuis plus de quinze années, ils nous ont souvent et longtemps tourmenté. Plusieurs de nos camarades, étudiants en médecine, sont affligés des mêmes affections. Dans notre année d'externat chez notre maître, M. le professeur Sébilleau, nous avons eu l'occasion, grâce à la complaisance de nos collègues, d'étudier de nombreux cas de rhinites spasmodiques. De même, dans un dispensaire où nous remplissons les fonctions d'assistant, MM. les D^{rs} Martha et Duplaix, anciens internes des Hôpitaux de Paris, et M. le D^r Destrem, sachant que cette question nous intéressait particulièrement, nous ont aussi adressé un certain nombre de malades de cette catégorie, ce dont nous leur sommes très reconnaissant.

Enfin, il nous semble que ces affections se sont

multipliées depuis une vingtaine d'années. En Amérique, on a fondé des sanatoria, spécialement aménagés pour les victimes du Hay Fever. Il existe en Allemagne une ligue contre la fièvre des foins. Cette ligue a choisi comme lieu de refuge des malades l'île d'Heligoland, où ils émigrent chaque année. Ces institutions prouvent bien que les rhinites spasmodiques ne constituent pas une maladie absolument exceptionnelle.

Les malades qui en sont atteints se plaignent même souvent de l'indifférence relative des médecins pour cette affection, qui, si elle reste presque toujours bénigne, n'en est pas moins fort désagréable et pénible.

C'est pour ces raisons que nous avons choisi ce sujet ; sans avoir la prétention de pénétrer la nature intime de ce mal et de le vaincre, nous serions heureux de faciliter le travail des médecins plus compétents, en résumant dans cette thèse l'état actuel de la question, les opinions des divers auteurs, et les traitements nouveaux qui ont été proposés depuis le dernier travail d'ensemble fait sur ce sujet.

Puisqu'il est d'usage d'autoriser l'étudiant qui fait sa thèse à y exposer ses opinions personnelles nous le ferons ensuite en nous appuyant sur les observations de rhinites spasmodiques apériodiques et périodiques que nous avons vues.

Dans le courant de l'année, à l'hôpital Lariboisière, nous avons surtout eu à examiner des rhinites spasmodiques apériodiques. Nous ne pourrions présenter

qu'un nombre peu considérable d'observations de rhume des foins proprement dit ; mais ces observations, que nous tenons de la complaisance de trois de nos amis, actuellement internes et ancien interne des Hôpitaux de Paris, auront du moins la valeur d'auto-observations prises soigneusement et vécues par des personnes compétentes. Nous remercions vivement ces amis.

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Définition clinique. — Les rhinites spasmodiques apériodiques sont caractérisées par des crises d'éternuements répétés, accompagnées d'hyrorrhée plus ou moins abondante, parfois de conjonctivite, d'asthme, de bronchite, de céphalée, très souvent par de l'obstruction nasale.

Les unes sont apériodiques ; elles surviennent à tout moment de l'année ; les autres, dites périodiques, reviennent régulièrement du 15 mai au 15 juillet en Europe, du 15 août au mois d'octobre en Amérique.

En somme, il existe un syndrome : « rhinite spasmodique », qui apparaît périodiquement ou apériodiquement.

HISTORIQUE

En 1802, Heberden avait remarqué la périodicité de certaines rhinites, mais c'est Bostock qui, en 1819, donna le premier travail d'ensemble sur la question. Il souffrait lui-même du rhume des foins.

Vinrent ensuite les travaux de Mac Cullock et de Gordon.

Ce n'est qu'en 1831 qu'Elliotson annonce qu'un de ses malades lui a suggéré l'idée que le pollen devait être la cause du catarrhe périodique.

De 1831 à 1860, de nombreuses publications sont faites, en Amérique, en Angleterre par Prater, King, Ramadge; en France par Cazenave (1837), Dechambre, Fleury, Hervier.

Une vaste enquête, auprès des médecins, est faite en 1862 par Phœbus (de Giessen). En 1865 G. Sée et Parrot font dans des Dictionnaires, des articles sur la question. C'est en 1869 qu'Helmetz soutient la théorie microbienne.

Guéneau de Mussy, en 1868 et 1872, jette les bases de la théorie arthritique. Herbert tente de fusionner rhume des foins et coryza spasmodique.

Puis, l'existence même du rhume des foins comme

entité morbide est attaquée par Strauss et Decaisne.

La théorie pollinique du Hay Fever est soutenue par Blackley dans un important mémoire, en 1873. Elle est corroborée par des expériences précises faites par l'auteur sur lui-même.

Daly (de Pittsburg), soutient que la maladie tient à une lésion intrinsèque du nez, et que le traitement chirurgical est le seul efficace.

A Lyon, en 1884, Bondet et Mollière plaident pour l'étiologie arthritique et goutteuse. L'année 1885 est marquée par deux travaux importants : celui de Morell-Mackenzie en Angleterre et celui de Sajous à Philadelphie. Le premier est partisan de la galvanocaustie, le second emploie l'acide acétique glacial.

En 1887, Leflaive donne à l'affection le nom de rhino-bronchite annuelle et se rallie à la diathèse goutteuse. Pour lui, le taux de l'acide urique est capital, et c'est la diathèse qu'il faut surtout attaquer.

Natier mène de front le traitement chirurgical et le traitement médical. Lermoyez fait l'éloge du travail de Leflaive; il repousse la théorie du pollen, se rallie à la diathèse goutteuse et condamne le traitement chirurgical.

En 1889, Ruault soutient la théorie de la névropathie réflexe et fait intervenir les micro-organismes.

Tissier, dans *les Annales de Médecine* de 1892 fait une revue de la question.

En 1894, Molinié, dans une thèse inspirée par

Garel, de Lyon, défend la similitude du Hay Fever et du coryza spasmodique.

Jusqu'en 1896 et 1897, tous les travaux de Tyrrel Shawe de Leseur, de Carlaz et de Lermoyez et celui de Bishop (de Chicago) sont en faveur de l'uricémie comme cause du rhume des foins.

En 1897, Vassal se rend à l'avis de Molinié et de Garel, sur l'identité du coryza spasmodique apériodique et du rhume des foins.

En 1899 paraît le travail de Garel, de Lyon : cet auteur fusionne les deux affections et préconise le traitement par les cautérisations ignées.

Le 26 septembre 1903 dans *la Revue de Laryngologie*, sous le titre suivant : *Nouvelles Expériences concernant la nature et le traitement de la fièvre des foins*, par le Dr A. Thost, paraît un compte rendu des travaux de Dunbar sur l'action du pollen et la sérothérapie du rhume.

Signalons, en 1906, un article de Langlois dans *la Presse médicale* (XIV, 583) intitulé : *les Recherches récentes sur la fièvre des foins* ; en 1907 dans *le Journal de Médecine de Paris* (2^e s., XIX, 130) un article de Pottier : *la Médication thyroïdienne dans l'asthme des foins*. Nous reparlerons de cet article à propos de la pathogénie et du traitement.

Un article de Vigier : *l'Œil et la fièvre des foins* (*Recueil d'Ophtalmologie de Paris*, 1903, 3^e s., XXIX, 360-365).

En 1907 encore, dans *le Journal de Physiologie et de Pathogénie générale* (Paris, 1907, IX, 304-316),

Essais de sérothérapie contre le rhume des foins et contre l'asthme, par Billard et Mallet.

Bourgeois, en 1908, dans le *Progrès médical* (Paris, 1908, 3^e s., XXIV, 457) : *Un Traitement chirurgical de l'asthme des foins et des coryzas spasmodiques*.

En 1909, *Traitement du Rhume des Foins*, par Rabé, dans le *Bulletin de Laryngologie* (XII, 222-228).

En 1909 encore, Lermoyez, dans les *Annales des Maladies de l'Oreille* (p. 289-306), signale le danger de l'adrénalisation de la muqueuse nasale.

En 1910, Scheppegrell propose un essai d'immunisation de la fièvre des foins, dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie* (p. 209 à 217).

Dans le *Lyon médical* (1910, p. 1181), Garel et Gignoux exposent l'état actuel de la question du traitement du rhume des foins.

Définition. — Ce rapide aperçu historique montre que les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question sont très différentes les unes des autres ; il était nécessaire, pour comprendre la multiplicité des définitions proposées par ces auteurs, définitions dans lesquelles ils émettent naturellement plus ou moins leurs conceptions théoriques du rhume des foins.

Pas de discussion pour la définition des rhinites spasmodiques apériodiques. Il n'en est plus de même pour les périodiques :

Pour Morell-Mackenzie, le rhume des foins est une maladie particulière de la muqueuse du nez, des yeux et des voies respiratoires, donnant lieu à du catarrhe et à de l'asthme, maladie causée inva-

riablement par le pollen des graminées et des fleurs, et survenant au moment de la floraison.

Pour Mackenzie, de Baltimore, c'est un coryza vaso-moteur périodique.

Macdonald englobe les deux variétés sous la désignation d'éternuement paroxystique ; il groupe ainsi tous les cas survenant en été ou en hiver, et dus à n'importe quelle cause excitante.

Leflaive, qui repousse toute analogie entre le rhume des foins et les rhinites spasmodiques apériodiques le définit « une rhino-bronchite annuelle, un asthme d'été ».

Voici la définition de Natier : « La fièvre des foins est une affection périodique due à l'action irritante, sur une muqueuse nasale prédisposée, de certains agents extérieurs, comme par exemple le pollen des plantes. »

Garel propose la suivante :

« Le coryza spasmodique est une affection oculonaso-bronchique paroxystique, due à une ou plusieurs causes irritantes extérieures, agissant sur une muqueuse à sensibilité idiosyncrasique, chez des sujets appartenant directement ou par hérédité à la classe des névropathes ou des goutteux. L'asthme des foins n'est rien autre qu'une variété du coryza spasmodique, dont la cause irritante extérieure provient du pollen des plantes. »

Ruault, dans *le Traité de Charcot-Bouchard* n'admet pas la fusion clinique entre les coryza apériodiques et périodiques : il fait du rhume des foins

« une affection particulière de la muqueuse des fosses nasales, des yeux et des voies aériennes, donnant naissance au catarrhe et à l'asthme, et produite à peu près exclusivement sous l'influence du pollen des graminées, ne survenant par conséquent que lorsque ces derniers sont en fleur ».

Pour nous, nous nous en tiendrons à la définition clinique que nous avons indiquée dès le début, ne voulant pas préjuger de la nature d'une affection qui, en somme, n'est pas scientifiquement connue dans sa totalité. Rhinites spasmodiques périodiques ou apériodiques se traduisent par un syndrome oculo-naso-bronchique, qui apparaît dans des conditions différentes selon les variétés. Nous restons volontairement sur le terrain clinique.

ÉTIOLOGIE

La grande cause prédisposante des rhinites spasmodiques est le neuro-arthritisme. Dans les antécédents héréditaires et personnels des malades, on retrouve avec une remarquable constance quelque tare arthritique et nerveuse : lors de l'enquête qu'il fit auprès du corps médical entier sur la question, Phœbus recueillit des antécédents nerveux chez presque tous les individus atteints de rhinites spasmodiques. Quant aux antécédents arthritiques : goutte, gravelle, eczéma, diabète, on les note plus souvent encore.

Aussi est-ce surtout parmi les individus à vie sédentaire, parmi les ralentis de la nutrition, que se fait principalement le recrutement. Les rhinites apériodiques se constatent assez souvent chez des malades d'hôpital ; quant aux rhumes des foins proprement dits, ils ne se rencontrent qu'en clientèle privée, chez des personnes aisées, dépensant peu, absorbant trop, et souvent en proie à des préoccupations intellectuelles. Il s'agit souvent de fonctionnaires, d'étudiants préparant des concours, de médecins, d'ingénieurs.

La race paraît avoir moins d'influence qu'on ne l'avait cru tout d'abord, quand ces affections n'étaient guère étudiées que dans certaines contrées où elles paraissaient naturellement être plus nombreuses : c'est ainsi que l'Amérique, le Sud de l'Angleterre, l'Allemagne arrivent maintenant à être mises à peu près au même niveau que la France, après l'avoir devancée.

L'hérédité a souvent été vérifiée ; dans 40 o/o des cas selon Morell-Mackenzie, dans 20 o/o seulement pour Wyman. Le coryza apériodique aussi est souvent héréditaire. Il est fréquent de trouver chez les parents : la gravelle, la goutte, le rhumatisme, et chez l'enfant une rhinite spasmodique. Chez les frères et sœurs, d'autres rhinites spasmodiques peuvent se rencontrer, ou bien des crises d'asthme.

L'âge de prédilection paraît être de vingt à quarante ans. Leflaive et Molinié reconnaissent que le début après quarante ans est exceptionnel, et Vassal fixe le début ordinaire entre quinze et vingt-cinq ans.

Garel, de sa statistique portant sur 150 cas de rhinites spasmodiques, conclut que la plus grande fréquence se trouve à l'âge moyen de la vie, entre trente et quarante ans. La jeunesse, de vingt à trente ans, est aussi assez fortement atteinte. Pour notre part, nous avons observé une rhinite spasmodique apériodique avec asthme chez un enfant de huit ans à l'hôpital Lariboisière, et notre rhume des foins a débuté dans la dixième année.

Au point de vue du sexe, les hommes paraissent plus prédisposés que les femmes selon la plupart des auteurs. Dans notre liste d'observations, le chiffre des femmes domine, au contraire, surtout pour le coryza apériodique.

Nous venons de passer en revue les causes prédisposantes : il nous faut étudier maintenant les causes immédiates, qui déterminent l'apparition des symptômes : ces causes immédiates sont différentes selon la variété de rhinite spasmodique.

La cause immédiate de la rhinite spasmodique périodique, ou rhume des foin, est l'inhalation de pollen de graminées en Europe, l'inhalation de pollen d'absinthe ou armoise pontique, en Amérique. Le simple dépôt de pollen sur la conjonctive est d'ailleurs suffisant. Blackley a été un des plus ardents promoteurs de l'influence du pollen, par des expériences fort précises, entreprises sur lui-même. Les plantes les plus actives seraient les avoines élevées et les plantes vernaies parfumées. Il cite aussi comme dangereux les grains de pollen de seigle, d'orge, de froment. Pour Marsh, en Amérique, la cause serait le pollen de l'absinthe, petite plante très répandue dans le Nouveau Continent.

Comme c'est du 15 mai au 15 juillet que la plus grande partie des graminées sont en fleur, dans nos pays, c'est aussi pendant cette période qu'apparaissent chaque année les rhumes des foin. Au contraire, en Amérique, l'armoise pontique fleurit du 12 ou 15 août jusqu'à la fin du mois de septembre :

cette particularité explique l'époque tardive d'apparition du rhume des foins sur ce continent. Fait curieux, en Amérique, le pollen des graminées n'a qu'une action restreinte, et le Hay Fever existe à peine au printemps.

Depuis que l'attention des malades a été attirée sur l'action du pollen, ils signalent eux-mêmes, avec une remarquable constance, l'action que ce pollen a sur leur maladie : c'est presque toujours à l'occasion d'une première course à la campagne que les premiers symptômes ont apparu. Certains arrivent à éviter les crises en restant enfermés dans une chambre close. A la première promenade à la campagne, les crises éclatent avec violence. De plus, les expériences de Dunbar, que nous avons déjà signalées ont achevé d'établir ce que la clinique avait déjà constaté. Cet auteur réussit à isoler du pollen des graminées (1903) un poison qui n'est autre que la matière albuminoïde fixée sur les granules d'amidon qui se trouvent à l'intérieur du pollen. Ce poison est soluble dans la salive, les larmes, le mucus nasal et le sérum sanguin. Introduit en solution dans les fosses nasales ou dans les yeux de personnes *prédisposées* à la fièvre des foins, il provoque, même en plein hiver, tous les symptômes du coryza périodique, accompagnés, lorsque la solution a été introduite par la voie sous-cutanée, de vertige, de douleurs thoraciques, d'enrouement, de démangeaisons et de troubles respiratoires allant jusqu'à la suffocation. Chez les personnes non pré-

disposées, nous insistons sur ce point, la réaction est insignifiante.

Les travaux de Billard et Maltet, en 1907, ont encore confirmé la réalité de l'action du pollen chez les prédisposés. L'influence du pollen des graminées n'est donc pas douteuse. D'autres plantes peuvent beaucoup plus rarement provoquer une rhinite spasmodique : on a décrit le rhume des roses. Les lis, les orchidées n'ont d'action que sur de rares prédisposés.

Les poussières en apparence banales semblent pouvoir provoquer des crises de coryza périodique, pendant la saison, chez beaucoup de malades. Mais il est bien difficile de dire si des grains de pollen n'étaient pas mêlés à cette poussière.

De même, les voyages en chemin de fer, qui très fréquemment font éclater une crise violente chez un malade relativement peu atteint, semblent agir en faisant respirer une grande quantité de pollen.

Pendant la période critique, c'est-à-dire du 15 mai au 15 juillet, une cause banale peut être le point de départ d'accès : la muqueuse, en imminence de réaction spasmodique, ne peut supporter la moindre excitation : un courant d'air, l'exposition au soleil, certaines odeurs, la fumée suffisent alors pour provoquer les accidents.

Le séjour à la mer, et surtout le voyage en pleine mer calment au contraire le malade, vraisemblablement en l'éloignant des causes d'irritation, et surtout du pollen. Certaines régions sont au

contraire particulièrement redoutées de tel ou tel malade.

Les causes déterminantes de l'accès de rhinite spasmodique apériodique sont à peu près les mêmes que celles du coryza périodique, si on en excepte le pollen. L'influence de la poussière, de certaines poudres (ipéca, savon, lycopode) est souvent signalée. Ici encore, les voyages en chemin de fer sont funestes, même les promenades à bicyclette.

La lumière, les changements de température, la poussière du blé que l'on bat, la farine, la poudre de quinquina, de pyrèthre sont redoutés de certains malades.

Comme le dit Garel : « Si on compare les agents irritants que nous venons d'énumérer à propos du rhume des foin, à ceux du coryza apériodique on trouve une ressemblance frappante, en dehors du pollen. Seulement dans le Hay Fever le pollen est la cause principale, tous les autres agents sont secondaires tandis que dans le coryza apériodique ils jouent le principal rôle. En somme, la périodicité régulière du Hay Fever tient à la régularité de la cause. Le coryza apériodique, de son côté, bien qu'irrégulier dans ses accès, se reproduit néanmoins très régulièrement toutes les fois que le sujet est mis en présence de la substance capable de réveiller son hyperexcitabilité. »

SYMPTOMATOLOGIE

Pendant la crise de rhinite spasmodique, les symptômes sont sensiblement les mêmes, que l'on ait affaire à un coryza apériodique ou à un rhume des foins. Pourtant, le mode de début est un peu différent, le rhume des foins commence pour ainsi dire toujours par des démangeaisons et des picotements de la conjonctive accompagnés de rougeur et même de gonflement surtout marqués dans l'angle interne de l'œil, au niveau de la caroncule. Du larmoiement survient, puis, très rapidement, apparaît une sensation de vive démangeaison dans le nez ; les éternuements en série, en salve, surviennent, et une abondante sécrétion aqueuse s'écoule des narines. En même temps, la muqueuse des cornets se gonfle progressivement, et arrive plus ou moins vite à obstruer les fosses nasales. Les éternuements calment un instant la sensation de démangeaison nasale, mais très tôt celle-ci se reproduit et provoque un nouvel éternuement. Il s'en produit ainsi à intervalles très rapprochés des séries de 5, 10, 15 et plus, jusqu'à ce que la muqueuse fatiguée ait épuisé son hyperexcitabilité. Les éternuements peuvent être si intenses que le

malade arrive à moucher du sang et des parcelles de muqueuse.

L'hydrorrhée concomitante est souvent très abondante ; elle mouille en peu de temps plusieurs mouchoirs. Les crises sont suivies d'obstruction plus ou moins prolongée des fosses nasales et d'anosmie. Elles peuvent durer de quelques minutes à plusieurs heures ou même des journées entières. Au bout de quelques semaines, la sécrétion devient muco-purulente, puis diminue et disparaît enfin. La fièvre fait généralement défaut, soutiennent certains auteurs.

Les malades, même si les symptômes restent localisés ainsi aux yeux et à la muqueuse nasale, sont fatigués, mal à l'aise ; ils ont une impression d'élévation de température, de l'inaptitude au travail, surtout au travail intellectuel, de la céphalée plus ou moins intense.

Une dépression nerveuse, morale, disproportionnée avec le peu de gravité de l'affection est souvent constatée.

La crise de rhinite apériodique est constituée exactement des mêmes éléments ; seul le début est un peu différent : les symptômes oculaires, dans un assez grand nombre de cas, suivent les symptômes nasaux, au lieu de les précéder. Encore cela n'a-t-il rien d'absolu.

Tel est le syndrome « rhinite spasmodique », périodique ou non, dans sa forme la plus réduite, la plus bénigne, celle du début de la maladie, ordinaire-

ment, dans sa forme dite « oculo-nasale ». Pendant toute la durée de la maladie, ou bien pendant quelque temps seulement, les symptômes en restent là. Mais d'autres troubles peuvent apparaître : ce sont les symptômes bronchiques de la forme dyspnéique ou asthmatique.

Il est rare que l'accès d'asthme éclate brusquement, sans signe précurseur. Le plus souvent, les choses se passent ainsi : les symptômes oculaires et nasaux existent depuis une ou deux semaines, quand un certain degré d'oppression, d'anxiété, de gêne respiratoire, annonce que la maladie va passer de la première à la seconde forme. Alors surviennent des accès d'asthme de plus en plus typiques, *ne différant pas de ceux de l'asthme vulgaire*, mais en présentant tous les caractères : inspiration courte et facile, expiration longue, pénible, produisant la dyspnée par les efforts qu'elle nécessite. Le malade reste assis et cherche avec ses bras un point d'appui pour favoriser l'action de ses muscles respiratoires. Le nombre des respirations n'est nullement augmenté, au contraire. D'autres fois, la dyspnée survient brutalement, et le malade court à la fenêtre, anxieux.

Bientôt la poitrine se remplit de râles sibilants avec expectoration perlée, et la toux, d'abord sèche et quinteuse, devient bientôt grasse, facile. Souvent il est seulement rejeté quelques crachats perlés et les signes de bronchite font défaut. Dans d'autres cas, l'expectoration devient celle de la bronchite vulgaire.

Les accès de dyspnée diminuent, les symptômes oculaires et nasaux persistent encore quelque temps, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'année suivante.

Les symptômes généraux sont plus marqués que dans la forme oculo-nasale.

Leflaive a constaté la diminution de la quantité des urines et de l'urée, l'augmentation de l'acide urique, la présence d'une quantité notable d'indican.

L'asthme accompagne souvent aussi la rhinite spasmodique apériodique. Il présente la même allure, mais au lieu de disparaître vers le 20 juillet pour une année, il peut revenir irrégulièrement.

Quelle que soit la forme à laquelle on ait affaire, oculo-nasale ou oculo-naso-bronchique, l'évolution de la rhinite périodique est caractéristique : elle guérit vers le 20 juillet en général, pour ne revenir que dans le mois de mai suivant. Des récidives sont cependant possibles en automne, mais rares.

Au contraire, par définition même, les rhinites apériodiques ont une évolution irrégulière : certaines durent sans arrêt pendant des mois et des années ; d'autres ne reviennent que lorsque le malade est exposé de nouveau à la cause provocatrice habituelle (ipéca, lycopode, par exemple).

Formes cliniques.—Outre les deux variétés oculo-nasale et oculo-naso-bronchique, des combinaisons multiples peuvent se présenter : on pourra voir d'emblée la forme oculo-naso-bronchique ; au contraire, plus souvent l'asthme n'apparaît qu'après

plusieurs années ; l'asthme peut exister seul d'emblée, ou bien encore il succède tardivement aux symptômes oculo-nasaux qu'il arrive à remplacer complètement.

Les complications du rhume des foins sont extrêmement rares. Seul Germain Sée signale un cas où l'asthme a causé l'asystolie.

Au contraire, dans les rhinites spasmodiques apériodiques prolongées et continues, il n'est pas absolument exceptionnel de constater une dégénérescence polypoïde de la muqueuse du cornet moyen, une hypertrophie persistante de la muqueuse, voir même des sinusites maxillaires et frontales.

L'examen des fosses nasales donne des résultats variables : il est fréquent de ne trouver aucune lésion macroscopiquement appréciable, chez un sujet atteint de coryza périodique intense. D'autres fois, on constate un éperon, une déviation de la cloison ; quelquefois même, la correction chirurgicale de ces défauts anatomiques a amené la guérison. Ces cas ne sont pas nombreux.

L'examen des fosses nasales peut révéler en outre l'existence de zones d'hyperesthésie, point de départ de réflexes qui donnent naissance à l'asthme et aux étternuements. Mais les auteurs sont loin d'être d'accord sur la topographie et la valeur étiologique de ces zones qui n'existent pas chez tous.

THÉORIES

Comme toujours, quand une maladie n'est pas parfaitement connue, dans sa nature même, de nombreuses théories cherchent à expliquer les rhinites spasmodiques périodiques et apériodiques.

Nous citerons seulement la théorie météorologique de Bostock.

La théorie du pollen repose sur des expériences cliniques et de laboratoire, qui lui donnent une assise solide, mais il ne faut pas attribuer tout au pollen, puisqu'il est manifeste que seules certaines personnes prédisposées ont, sous son influence, le rhume des foins.

La théorie microbienne, soutenue par Helmholtz en 1869, ne repose malheureusement pas sur des expériences précises. Un seul fait clinique admis par tous plaide en sa faveur, c'est la transformation muco-purulente de l'écoulement nasal et de l'expectoration à la fin du coryza périodique.

La théorie nasale veut expliquer les symptômes de la rhinite par des anomalies anatomiques du nez : conciliable avec les rhinites apériodiques, elle ne semble guère l'être avec les périodiques, car on

s'expliquerait difficilement que ces anomalies n'agissent d'une façon néfaste que pendant deux mois de l'année. Les nombreux insuccès du traitement chirurgical du Hay Fever sapent encore la théorie nasale.

La théorie neuro-arthritique, soutenue par Parrot, Trousseau, plus tard par Leflaive, Lermoyez, Joal, repose sur des faits cliniques indiscutables. Presque toujours les rhinites spasmodiques surviennent chez des individus neuro-arthritiques, mais cette théorie est encore insuffisante pour tout expliquer, et ne doit pas entraîner l'oubli absolu de l'action irritante des agents extérieurs.

Leflaive, qui a insisté sur la nature arthritique ou goutteuse de l'affection, dit que le rhume des foins est une sorte d'exutoire et que, pendant les accès, il s'élimine une grande quantité d'urates et d'acide urique.

Pour notre part, nous avons trouvé plusieurs fois des cristaux d'acide urique en examinant au microscope des mucosités recueillies au moment des accès, à condition de laisser la préparation au repos pendant deux ou trois jours.

Garel propose une théorie éclectique : le rhume des foins, pour lui, dépend de trois facteurs principaux :

1° Terrain prédisposé, neuro-arthritisme ayant pour conséquence une susceptibilité particulière des centres nerveux ;

2° Muqueuse nasale douée d'un certain degré d'hyperexcitabilité réflexe ;

3° Un agent irritant extérieur seule, cause déterminante des accès.

Pottier, Heymann, Léopold Lévi et Rothschild ont proposé une théorie thyroïdienne.

Dans le *Journal de Médecine de Paris*, en 1907, page 130, Pottier signale deux observations d'asthme des foins amélioré par la médication thyroïdienne ; dans l'observation la plus nette comme résultat ; le malade, âgé de trente-quatre ans, à la suite de l'absorption de 72 cachets de 0 gr. 10 d'extrait de corps thyroïde (1 ou 2 cachets par jour) n'a pas présenté pendant l'été 1906 les symptômes qu'il avait toujours eu pendant cette période les années précédentes.

L'auteur conclut : « Les essais thérapeutiques sont trop peu nombreux pour nous autoriser à tirer des conclusions, mais ils nous paraissent assez encourageants. »

Léopold Lévi et H. de Rothschild dans leur livre intitulé : *Etudes sur la physio-pathologie du corps thyroïde*, 1908, page 284, citent Pottier ; ils rapportent les cas de Heymann. L'auteur allemand signale 19 cas où des résultats encourageants auraient été obtenus à la suite de l'absorption de thyroïdine.

Dans tous ces cas, il semblerait donc que les malades aient été en hypothyroïdie, puisque l'absorption de thyroïde les aurait soulagés. Au contraire, l'hyperthyroïdie semble très probable dans le cas

de Tobias, qui, à la suite de l'extirpation de son corps thyroïde pour une autre cause, vit cesser son rhume des foins.

Le diagnostic est en général facile. Seule la première crise de Hay Fever peut prêter à confusion avec un coryza banal, mais celui-ci n'a pas la même durée, et les symptômes oculaires sont souvent moins marqués.

L'asthme vrai et surtout l'asthme réflexe produit par des lésions nasales sont d'un diagnostic plus difficile puisque des lésions nasales peuvent accompagner l'asthme de la rhinite spasmodique. Seule l'ablation des polypes et la guérison de l'hypertrophie trancheront la difficulté.

TRAITEMENT

Dans tous les traités qui ont parlé des rhinites spasmodiques, le chapitre du traitement est considérable ; de nombreux procédés sont recommandés ; les méthodes les plus différentes sont préconisées et c'est sans doute parce que les rhinites spasmodiques constituent une affection particulièrement rebelle et tenace.

Pourtant, chaque méthode a eu ses succès. Elles méritent donc toutes d'être rapidement exposées.

Le traitement préventif s'efforce de mettre le prédisposé à l'abri des agents extérieurs, causes habituelles de la maladie : le voyage en mer pendant la saison des foins est un des procédés les plus efficaces mais de même que le séjour dans des sanatoria *ad hoc* ou à l'île d'Heligoland, il n'est évidemment pas à la portée de tous. S'abstenir de toute promenade en chemin de fer, en bicyclette ou même à pied n'est pas non plus un procédé pratique.

L'huile de vaseline, pure ou mélangée au salol ou au menthol dans la proportion de 1/20, et pulvérisée largement plusieurs fois par jour dans le nez, constitue au contraire un remède qui, s'il n'est pas tou-

jours très efficace, est du moins aisé à appliquer.

Le traitement de l'état général avant et pendant la période dangereuse constitue pour le rhume des foins une indication rationnelle ; conformément aux théories de M. Joulie, on a proposé de changer l'état humoral des arthritiques en les soumettant à un traitement par l'acide phosphorique. Pour Bishop, il faut prendre du salicylate de soude à la dose de 10 à 30 centigrammes pendant un ou deux mois avant la période des foins. On a recommandé la lithine, le bicarbonate de soude.

Pendant l'accès Lermoyez préconise la formule suivante :

Sulfate neutre d'atropine.....	5 mgr.
Sulfate de strychnine.....	2 à 4 egr.
Sirop d'écorces d'oranges.....	400 gr.

Une cuillerée à soupe chaque jour aux deux repas. Les pulvérisations avec une solution de cocaïne à 1 0/0 ou avec une solution d'adrénaline à 1 5/000 calment bien, l'accès, mais les premières conduisent trop facilement à la cocaïnomanie ; les secondes présentent de graves dangers d'intoxication.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Chez un individu atteint d'une rhinite spasmodique périodique ou non, il faut supprimer les éperons, les polypes, les crêtes. Garel a obtenu de nombreux

succès avec des cautérisations de la muqueuse superficielles, multiples, répétées tous les quinze jours.

D'après ce que nous avons vu et d'après nos maîtres et collègues les cautérisations sont loin d'être un remède si efficace. Souvent elles provoquent des étternuements encore plus violents et plus nombreux pendant les deux ou trois jours qui les suivent.

Dunbar, injectant à des cobayes, à des chèvres et des chevaux, la substance albuminoïde du pollen, soluble dans le sérum sanguin, dont nous avons parlé plus haut, a pu obtenir un sérum qui provoquait chez les personnes prédisposées au rhume des foins, une immunité de très courte durée, contre l'action de la substance active, et procurait un certain soulagement à celles qui présentaient déjà un ou plusieurs symptômes de la fièvre des foins, provoqués artificiellement. L'injection d'un mélange de sérum et de toxine n'était suivie d'aucun effet, même chez les personnes prédisposées.

La sérothérapie du rhume des foins a été tentée en Allemagne avec la pollentine, en France avec le sérum de Billard et Maltet ; la pollentine, dans le commerce, est solide ou liquide : la plus pratique, selon Garel, est la solide ; c'est du sérum desséché et pulvérisé, mélangé avec du lactose.

La pollentine doit être prise le matin quelques minutes avant le lever, et continuée à plusieurs reprises, si elle n'empêche pas l'accès. Quand on emploie la pollentine solide, il faut déposer sur le

bord libre de la paupière inférieure, à l'aide d'une petite spatule, la valeur d'une tête d'épingle du produit, et, pour le nez, en priser la valeur d'une lentille.

L'efficacité du traitement est très discutée.

Après sept années d'essai, Garel déclare, dans le *Lyon médical* (1910) : « En 1903, la tentative de Dunbar, de traitement par le sérum, permit de supposer qu'un remède spécifique contre le rhume des foins avait été trouvé ; mais cette méthode ne donna pas tous les résultats promis, et depuis, de nombreux auteurs sont revenus aux anciens procédés, ou en ont préconisé de nouveaux. »

MM. Billard et Maltet injectent du pollen toxique dans le péritoine des oies et des canards. Ces animaux réagissent en sécrétant une antitoxine qui se trouve dans leur sérum. Ce sérum, en tubes, s'emploie en instillations dans le cul-de-sac conjonctival.

Certains malades s'en trouvent bien ; chez beaucoup il ne produit pas d'effets ; chez quelques-uns il irrite violemment la muqueuse et provoque des accès.

Reuter et Rowland ont préconisé l'injection de sérum antidiphtérique. Des essais d'immunisation ont été faits par Curtis.

Récemment, Scheppegrell reprit ces essais.

La méthode consiste à immuniser le malade avant le début du Hay Fever, en lui faisant respirer des sachets contenant des graminées à pollen toxique.

Les résultats sont encore ici très variables.

La médication thyroïdienne, que nous avons signalée à la pathogénie nous paraît d'un emploi délicat, puisque selon les auteurs mêmes qui l'ont préconisée, le rhume des foins serait dû tantôt à une hyper. tantôt à une hypothyroïdie, qu'il n'est pas toujours aisé de préciser. De plus, le fait d'avoir à absorber jusqu'à 72 cachets de 10 centigrammes d'extrait thyroïdien en un à deux mois pourrait ne pas être une médication anodine pour tous...

Denker, d'Erlangen, a obtenu des résultats avec massage méthodique de la pituitaire, après tamponnement à la cocaïne et à l'adrénaline.

Lermoyez et Mahu, à l'aide d'un dispositif spécial font arriver à la surface de la muqueuse nasale un courant d'air pur et sec dont la température varie entre 70 et 90 degrés. Ces séances d'aérothérapie ont lieu tous les deux jours, et durent deux, trois, quatre minutes. Elles produiraient en général plus ou moins rapidement la cessation de l'hydrorrhée, de la sternutation, de l'obstruction nasale. Outre la difficulté de ce traitement qui nécessite des appareils spéciaux et des séances répétées tous les deux jours, nous l'avons vu échouer dans de nombreux cas à l'hôpital Lariboisière.

Si nous nous en rapportons à l'expérience de notre maître, le professeur Sébilleau, et aux essais que nous avons vu faire autour de nous, tous les traitements échouent donc trop souvent.

L'étude que nous venons de faire est tirée du résumé de nos lectures dans les divers auteurs. Nous

voudrions maintenant exposer les observations que nous avons vues pendant ces dernières années : au fur et à mesure que nous les exposerons, nous signalerons les réflexions qu'elles nous ont suggérées ; ainsi se trouveront amenées nos conclusions, notre opinion personnelle sur la question.

Dans un premier groupe d'observations, nous ferons rentrer quatre cas de rhinites spasmodiques périodiques ou rhumes des foin^s proprement dits, qu'il nous a été donné de voir.

Dans un second groupe rentreront des cas de rhinites apériodiques, classées d'après la cause provocatrice immédiate des accès.

Une dernière observation servira d'intermédiaire entre les deux groupes précédents.

OBSERVATIONS

Observations de rhinites spasmodiques périodiques

OBSERVATION I

M. E. M..., interne provisoire des hôpitaux de Paris, vingt-cinq ans, auto-observation.

Antécédents héréditaires. — Père soixante-dix ans, bien portant.

A eu un eczéma, guéri au Mont-Dore.

Troubles dyspeptiques.

Mère morte à quarante ans, maladie aiguë.

Quatre frères et une sœur ; parmi eux : un plus âgé, atteint de rhume des foins, deux plus jeunes, présentant des crises d'asthme à Marseille, plus rarement à Paris. En général, les crises surviennent au bord de la mer, sauf exceptions ; manifestations surtout pulmonaires ; pas de retour saisonnier.

Antécédents personnels. — Scarlatine à sept ans.

Fièvres intermittentes dans la région de Montpellier à douze ans.

Début à dix-sept ans (1903). Crises d'éternuements, 10 à 15 à la suite, survenant dans le courant du mois de mai, tous les matins vers 8 heures et demie, pendant un mois envi-

ron, en arrivant au cours, après, par conséquent, la première sortie de la journée.

C'était la première année de séjour à Marseille après cinq ou six ans d'absence.

Aucune manifestation oculaire ou pulmonaire à ce moment.

Ces éternuements, du reste, n'ont pas été rapportés à leur véritable cause.

Aucun traitement.

L'année suivante : service militaire.

Dans la deuxième quinzaine de mai, séjour de deux semaines au camp de C... près de Marseille, sous la tente.

Pendant ce séjour, tous les soirs vers 9 heures, crises d'éternuements, suivies d'un écoulement nasal séreux très abondant.

A ces symptômes se joignait une sensation de cuisson et de démangeaison intense à l'angle interne des deux yeux. Conjonctives injectées, si bien que tous les soirs, il se mettait du nitrate d'argent dans les yeux et un bandeau la nuit, pour tenter de guérir cette conjonctivite sans succès d'ailleurs.

Pendant cette période, une journée et une nuit, passées à Marseille, ont amené une amélioration considérable, qui a cessé dès le retour au camp.

Aucun symptôme pulmonaire. Tous les symptômes cèdent pour ne plus reparaitre, avec le retour à la ville.

J'ai cru à ce moment, dit-il, à un coryza, quoique remarquable :

- 1° L'intensité des symptômes oculaires ;
- 2° L'absence de mouvement fébrile au début ;
- 3° L'absence presque complète de presque tous les symp-

tômes dans le reste de la journée (pas d'écoulement nasal, olfaction conservée) ;

4° La cessation brusque de l'écoulement nasal à la fin de la crise, sans passer par un stade purulent ;

5° Deux maxima dans l'intensité des symptômes :

Le soir après dîner ;

Le matin vers 4 heures (lever du soleil).

6° L'effet salulaire d'un orage survenu la veille du départ du camp ;

7° La guérison rapide une fois en ville :

J'attribuais ce coryza aux poussières abondantes, temps sec, transport de paille dans le camp ;

8° Ces symptômes s'accompagnaient d'un état nerveux assez particulier (impossibilité de fixer l'attention, irritabilité), que j'ai ressenti depuis dans des crises analogues, mais jamais au cours d'un simple coryza, si intense fût-il ;

9° Sensation de chatouillement au-dessus du voile du palais.

L'année suivante, première année de médecine, après une après-midi passée à la campagne, en mai, insomnie en me couchant. Vers une heure du matin, je suis réveillé par des éternuements en série, écoulement nasal sérieux abondant, picotement à l'angle interne de l'œil.

En une heure, ces symptômes s'apaisent pour ne reprendre qu'au réveil, peu intenses du reste.

J'ai reconnu les symptômes éprouvés l'année précédente, pensé au rhume des foins, et, huit jours après, vérifié cette hypothèse en allant prendre une crise à la campagne, en tout semblable à la première.

J'ai alors évité de sortir de la ville à partir de ce moment,

et je n'ai éprouvé que quelques crises d'éternuements, avec léger picotement des yeux et écoulement nasal très peu abondant, les jours de vent, dans le courant de mai et juin. Cependant, presque tous les jours, après être sorti surtout, chatouillement nasal et pharyngé, suivi de deux ou trois éternuements, sauf les jours de pluie où tout est normal. Cet état dure, de fin mai à fin juin, avec quelques crises les jours de vent. Il en est de même chaque année depuis, à la même époque, où, sauf les jours de pluie, les muqueuses oculaire, nasale et pharyngée, sont très irritables et présentent une sensation de chatouillement qui amène de temps en temps un ou deux éternuements, suivis de besoin de se moucher. Ce n'est que les jours de vent que cela devient une véritable crise avec conjonctives rouges. Obstruction nasale, éternuements, catarrhe abondant. J'ai pu aller impunément à la campagne dans les premiers jours du mois de juillet.

L'année suivante, deuxième année de médecine, m'étant abstenu d'aller à la campagne, je n'ai pas eu de crises très intenses. Cependant, éternuements, un peu d'écoulement nasal séreux et de picotement des yeux, surtout les jours de vent; le passage au soleil provoquait souvent des éternuements. Tous ces symptômes sont calmés rapidement (en une heure) par la pluie.

En 1908, séjour à Paris, première année.

Symptômes analogues mais plus intenses. Vers la fin du mois de mai, crise assez nette, durant trois ou quatre jours, avec maxima après le repas du soir, et le matin vers 4 heures, crises d'éternuements qui me réveillent.

Dans le milieu de juin, je suis obligé d'aller à Marseille; le voyage occasionne une crise *très intense*: bouffissure très

marquée des paupières, respiration nasale complètement entravée, toute la nuit en wagon et la journée du lendemain.

Crise analogue, mais un peu moins intense, huit jours après, au retour. Toujours rien de pulmonaire.

Jusqu'au milieu de juillet, toutes les fois que le temps est sec et qu'il y a du vent, les éternuements et leur cortège réapparaissent avec une intensité variable, mais plus intense que l'année précédente.

1909, deuxième année à Paris.

Les symptômes sont plus accentués. Début à la fin de mai. Crise intense toujours oculo-nasale qui dure trois ou quatre jours, m'obligeant à garder la maison. Sommeil très irrégulier. La trompe droite reste bouchée pendant huit jours environ à la suite de cette crise. Examen de l'oreille et du nez par un spécialiste, ne décele aucune lésion de l'oreille moyenne, gonflement de la muqueuse tubaire, occasionnant des bourdonnements et de la surdité du côté droit. Déviation marquée de la cloison nasale.

Pendant tout le mois de juin et une partie de juillet, mêmes symptômes que l'année précédente, mais beaucoup plus intenses, empêchant, certains jours, toute occupation suivie, s'accompagnant de gêne plus ou moins complète de la respiration nasale et de picotements oculaires très intenses.

On trouve alors dans les culs-de-sac de la conjonctive de gros filaments d'aspect opalescent, blanchâtres, élastiques, allant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, en occupant le cul-de-sac conjonctival soit supérieur, soit inférieur. Leur extraction est facile quand on a saisi une de leurs extrémités, mais leur reproduction est rapide (quelques minutes).

Ils donnent quelquefois lieu à une véritable sensation de corps étranger, rendant pénibles les mouvements de la paupière supérieure.

Divers calmants nerveux sont essayés sans grand résultat.

Le sérum de Billard et Maltet en instillation oculaire et nasale n'amène qu'un soulagement peu durable: une heure ou deux.

En 1910, les symptômes reviennent fin mai, sans rien de spécial. La crise du début est cependant moins intense et moins longue que l'année précédente.

La pollentine est essayée comme traitement et amène une amélioration notable des signes nasaux et oculaires, mais, du 20 mai au 10 juin, trois ou quatre fois, réveil le matin vers 4 heures par une sensation d'oppression qui m'oblige à me lever, à m'asseoir dans un fauteuil pendant un quart d'heure, puis je peux me rendormir jusqu'à 8 heures. Quelques crachats perlés à la suite.

Au mois de juin, période de vingt et un jours à Puget-Thénier; le voyage de Paris à Marseille exagère un peu les symptômes, mais il n'amène pas de crise comparable à celles des années précédentes. L'usage de la pollentine est continué.

Le surlendemain, en arrivant à Cannes, entre 5 et 6 heures du matin, crise de dyspnée beaucoup plus intense et plus longue que les deux ou trois constatées à Paris quelques jours avant.

A Puget-Thénier, quoiqu'en pleine campagne, les symptômes sont peu marqués, grâce à l'usage constant de la pollentine. Si j'oublie d'en prendre, les signes s'exagèrent. J'ai toujours été logé.

Rien de spécial à noter, sinon :

1° L'amélioration par la pollentine : deux à trois crises d'éternuements le matin, autant dans l'après-midi, avec léger catarrhe nasal;

2° Les yeux sont peu atteints;

3° La respiration nasale est surtout plus libre, sauf à l'occasion d'un déplacement de voiture, qui aggrave tous les signes;

4° Toujours l'amélioration par la pluie;

5° Quelquefois un peu d'oppression le soir après dîner ou le matin vers le lever du soleil.

En somme :

Je suis beaucoup moins mal qu'à Paris l'année précédente, à pareille époque.

Il est apparu un peu d'oppression.

Le retour à Paris dans les premiers jours de juillet se caractérise par une reprise légère des signes, mais peu intense, et qui disparaît complètement en quinze jours, s'accompagnant d'expectoration perlée, en même temps que le mucus nasal prend une coloration jaune très intense (phénomène déjà constaté, quoique beaucoup moins net, les années précédentes, à la fin de la période critique).

OBSERVATION II

M..., trente et un ans, ancien interne des hôpitaux de Paris, frère du précédent.

Antécédents personnels. — Scarlatine, oreillons, rougeole, grippe très grave à dix ans. Coqueluche légère. Dyspeptique hyperpeptique. Cholémique.

Première crise de rhume des foins à vingt ans, pendant le service militaire ; était alors dans un camp, en pleine campagne, près de Nîmes. S'aperçoit alors de l'armoiement survenant le soir vers 5 heures, et durant jusqu'au coucher avec un peu de coryza.

J'attribuai alors ces troubles, dit-il, à de la conjunctivite, due à l'air froid de la nuit sous la tente. Pendant deux jours de permission, le larmolement et le coryza ont presque cessé pour reprendre dès le retour au camp.

Depuis, chaque année au printemps, nouvelles crises qui semblent avoir augmenté d'intensité pendant cinq ans, pour être ce qu'elles sont aujourd'hui.

Début en mai, durée de un mois environ.

Il s'agit exclusivement de la forme oculo-nasale avec photophobie légère, conjonctives rouges, puis, au moment de la crise, sensation de chatouillement à la partie antérieure des fosses nasales, et éternuements consécutifs « en salves », accompagnés d'hyrorrhée abondante. « Si je sors au soleil et surtout par temps sec avec vent, j'y vais de mon petit supplice, qui commence avec intensité pour se continuer en diminuant si je rentre chez moi. Dès que le temps change, les symptômes s'atténuent par la pluie et le temps frais et calme. Une promenade à la campagne, un voyage en chemin de fer m'ont donné des crises très pénibles et très sérieuses. Je n'aspire, à cette période, qu'à rester chez moi. Les traitements par le sérum de Billard et Maltet, et celui par la pollentine, ont été irrégulièrement suivis, n'amenant qu'une faible amélioration.

OBSERVATION III

A. D., vingt-six ans. Interne des hôpitaux de Paris.

Dans les ascendants, personne n'a jamais présenté ni asthme, ni rhume des foins.

Antécédents personnels. — *Passé rhinologique*: dans l'enfance, vers six ou sept ans, hypertrophie amygdalienne, guérie par des cautérisations.

A dix-neuf ans, hypertrophie du cornet inférieur droit avec déviation à gauche de la cloison. Obstruction marquée des fosses nasales.

Intervention. — Résection de l'éperon; cautérisation du cornet au galvano-cautère. La suppuration à la suite de l'opération de l'éperon a duré deux mois, 1903.

Passé conjonctival. — En 1904: sept à huit mois après l'ablation de l'éperon, au mois de mai, conjonctivite granuleuse, guérie en six semaines par le crayon de sulfate de cuivre, nitrate d'argent.

Reliquat. — Sensibilité très marquée des conjonctives aux excitations extérieures, vent, poussières.

Début de l'affection. — En 1905, au mois de mai (je couche toujours la fenêtre ouverte!) j'ai commencé à avoir, lorsque je me réveillais, la nuit, des séries d'éternuements successifs que je ne savais à quoi attribuer. Le jour, rien du côté du nez, mais, apparition d'une conjonctivite que je crois être le réveil de mon ancienne conjonctivite granuleuse. Le traitement ordinaire ne réussit pas. Je m'aperçus que seul le port de lunettes de chauffeur me soulageait.

En quelques jours, les éternuements disparurent. L'irritation de la conjonctive persista jusqu'en juillet.

En 1906, réapparition des mêmes symptômes au mois de mai, vers le 15. Le matin au réveil, série d'éternuements successifs (20 à 30), puis catarrhe nasal très marqué.

Ecoulement continuuel de mucus transparent. Fosses nasales obstruées par le gonflement de la muqueuse.

Réapparition des éternuements quatre ou cinq fois dans la journée. Quelquefois, pendant quelques heures, tranquillité et reprise de la perméabilité des fosses nasales, mais ce n'était là qu'un répit de courte durée.

En même temps, catarrhe conjonctival : conjonctives bulbaires injectées, sensation de picotement de corps étranger, larmoïement photophobie légère. Pas de chémosis, pas d'infiltration palpébrale. pas de sécrétion purulente le matin.

Ces phénomènes allèrent en s'accroissant jusqu'au 1^{er} juin, puis durèrent de la même façon pendant tout le mois de juin. Vers la fin du mois, décroissance rapide. Au 14 juillet, tout était terminé.

En 1906, aucun traitement.

En 1907, reprise des mêmes accidents mais encore plus marqués. Ils venaient se greffer sur un état général mauvais à cette époque : dyspepsie, neurasthénie, amaigrissement.

Cette année, les accidents débutèrent vers le 15 mai, alors que j'étais encore à Paris ; parti à la campagne, ils prirent une acuité extrêmement pénible.

Une nuit, crise d'asthme des foins : réveil en sursaut avec oppression considérable. 66 respirations par minute. Je

dus me précipiter hors de mon lit vers la fenêtre. Cet accès dura un quart d'heure environ.

A ce moment, les fosses nasales étaient desséchées. Tout à coup, éternuements et la crise d'asthme s'arrête net.

Catarrhe nasal énorme. Soulagement complet de la poitrine.

A la suite de cette violente crise d'asthme, pas de retour. Disparition des accidents toujours à la même époque.

En 1908. — Mêmes phénomènes, moins l'asthme.

La pollentine, essayée, ne donne aucun résultat, ici, à l'inverse de la première observation. Par contre le sérum de Billard et Maltet donna un soulagement notable.

Ayant fait en 1909 le traitement préventif, par le sérum, le mois de mai se passa sans encombre. En juin, deux ou trois crises d'éternuements par jour, mais intensité beaucoup moindre des autres symptômes.

En 1910, en combinant la fermeture des fenêtres, le port de lunettes de chauffeur et l'usage de sérum de Billard en aspiration de deux à trois gouttes dans chaque narine, les accidents furent très diminués.

OBSERVATION IV

M. J. R..., quarante-cinq ans.

Depuis vingt ans, chaque année, du 15 au 20 mai, surviennent les symptômes d'un coryza spasmodique; éternuements, hydrorrhée.

Depuis quatre ans, les symptômes ont changé: il est survenu, d'abord quelques semaines après le début du coryza, de la toux, de l'expectoration, de l'essoufflement.

Depuis trois ans, les éternuements et l'hydrorrhée n'apparaissent plus que par intermittence. Ils sont remplacés par de l'asthme.

Cet asthme périodique augmente chaque année d'intensité, il oblige le malade à ne pas dormir pendant près d'un mois, car c'est la nuit surtout que le mal est pénible.

La position horizontale est complètement impossible.

Depuis trois ans, le malade, qui a essayé tous les traitements sans succès, a tout abandonné. C'est un rhumatisant, graveleux.

Tels sont les quatre cas de rhinite spasmodique périodique que nous avons pu observer. Les trois premières observations ont été rédigées par les malades eux-mêmes, qui, vu leur profession étaient à même de bien s'observer.

Sauf dans l'observation II, où le rhume des foins a conservé sa forme primitive oculo-nasale, dans les trois autres, on voit la maladie, évoluant sur un terrain nettement arthritique, s'accroître d'année en année, pour aboutir à la forme oculo-naso-bronchique. Dans l'observation IV, un fait nous semble particulièrement digne de remarque, c'est que petit à petit, les symptômes oculo-nasaux sont complètement remplacés par des crises d'asthme saisonnier. Le mode d'action du traitement est également en rapport avec ce que nous en avons déjà dit : le sérum de Billard, qui réussit assez bien dans l'observation III, n'a donné aucun résultat dans l'observation I. Dans l'observation IV, tout a été essayé et

rien ne réussit. La pollentine, appréciée dans l'observation I, n'a eu aucune efficacité dans l'observation III.

Quant à l'inefficacité possible du traitement chirurgical, si elle avait besoin d'être démontrée, elle le serait par l'observation III, où c'est quelques mois après la correction des imperfections anatomiques du nez, que la rhinite spasmodique est apparue.

Dans un deuxième groupe, nous exposerons beaucoup plus rapidement un certain nombre de nos observations de rhinites apériodiques, en les classant d'après les causes immédiates appréciables.

OBSERVATION V

P.Steph...,médecin-major,quarante-cinq ans,neuro-arthritique,a une très grande susceptibilité pour la poudre d'ipéca. A chaque fois qu'il passe dans une pièce où on vient de déboucher un flacon de cette substance, il est pris d'oppression intense, d'éternuements répétés. Des crises d'asthme violentes sont ainsi provoquées, accompagnées de signes de rhénite spasmodique.

Naturellement. ici, ces accidents, qui ne durent que trois ou quatre jours, ne surviennent qu'à l'occasion d'inhalation de la poudre spéciale. Mais la relation entre cette inhalation et les accidents consécutifs est tellement constante, qu'il s'agit bien là, nous semble-t-il, d'une périodicité relative qui n'est pas sans analogie avec celle du rhume des foins.

OBSERVATION VI

Kerst. G..., quarante-deux ans, 17, rue de Lecluse, manipule dans son travail de la poudre de savon ; celle-ci provoque chez lui des crises d'éternuements spasmodiques avec hydrorrhée intense, céphalée et dyspnée, n'allant pas jusqu'à la crise d'asthme proprement dite. C'est un sédentaire, migraineux, hémorrhédaire, très nerveux.

OBSERVATION VII

J. F..., trente-quatre ans, coiffeur, 12, rue de Rome.

Depuis trois mois, est atteint, sans arrêt, d'obstruction des fosses nasales, d'éternuements en salve, qui le gênent considérablement dans son métier. L'hydrorrhée est telle qu'il use chaque jour une douzaine de mouchoirs. Il a, pendant ses crises, qui surviennent dix à vingt fois par jour, les conjonctives et la face très congestionnées. Depuis le début de cette rhinite spasmodique, il se plaint de crises d'étouffement.

OBSERVATION VIII

M^{me} E. F..., vingt-huit ans, 37, rue de Cléry. Neuro-arthritique. Depuis trois ans, rhinite spasmodique typique : tous les matins, quand elle sort de son lit, elle est prise d'une série d'éternuements très nombreux (plus de 20), l'hydrorrhée s'établit aussitôt, extrêmement abondante. Asthme la nuit assez souvent, depuis la rhinite. Céphalée. Dans la journée, les crises d'éternuements se multiplient :

les yeux sont rouges, la face congestionnée, il y a du larmoiement, de la céphalée, de l'oppression.

Pour se débarrasser de ce supplice, cette femme a tout tenté ; elle va de clinique en clinique, et c'est à Lariboisière que nous la voyons.

Elle a subi depuis trois ans un nombre considérable de cautérisations ; on lui a sectionné un éperon et coupé la muqueuse hypertrophiée d'un cornet inférieur, coupé l'autre cornet.

Aucun traitement n'a agi.

Nous avons vu en outre trois observations absolument comparables à celle-ci.

OBSERVATION IX

N'est intéressante que parce qu'il s'agit de la femme d'un jardinier habitant la campagne, menant une vie active et cependant atteinte d'une rhinite spasmodique apériodique rebelle, dans laquelle le symptôme dominant est une hydrorrhée intense. Le traitement par l'air chaud, les cautérisations, le traitement chirurgical ont échoué.

Dans les observations V et VI, une poudre, ipéca dans 1 cas, savon dans l'autre, irritait apériodiquement une muqueuse spécialement susceptible.

Dans les autres observations que nous avons et que nous ne reproduisons pas parce qu'elles sont toutes calquées les unes sur les autres, à très peu de

choses près, il n'est pas possible de retrouver une cause irritante extérieure. Si la rhinite ne dure pas depuis plus de deux mois en moyenne, il n'y a même pas le plus souvent de lésions nasales : cliniquement, on dirait qu'il s'agit d'un rhume des foins qui resterait indéfiniment à sa période d'état. Les causes qui provoquent les crises sont si minimales qu'on ne peut les retenir comme suffisantes à expliquer des effets aussi considérables. Dans ces conditions, nous nous sommes astreints à regarder au microscope à l'objectif 1/18 de Stiassnie, les mucosités de plus de 25 personnes atteintes de rhinite spasmodique apériodique. Notre compétence en cette matière n'est malheureusement pas assez grande pour que de très utiles résultats puissent sortir de notre recherche. Du moins, avons-nous vu dans tous les cas moins un (Sch..., tailleur) que dans les mucosités de ces malades, regardées peu après les avoir recueillies, et sans fixation, il y avait un nombre extrêmement considérable de micro-organismes mobiles, nullement comparables à la quantité de micro-organismes qu'on peut compter dans un champ de mucosités nasales d'un individu sain.

Ces rhinites spasmodiques apériodiques prolongées, sans lésions nasales, sans cause excitante extérieure, seraient peut-être microbiennes ? C'est là une simple hypothèse.

Sur le terrain clinique, plus stable, pour nous, nous ferons remarquer combien la similitude des symptômes est grande dans tous nos cas, entre les

rhinites spasmodiques apériodiques et les périodiques. L'asthme y présente les mêmes relations avec les symptômes oculo-nasaux pouvant les accompagner, les remplacer, comme nous l'avons vu chez une femme de cinquante ans, qui avait eu pendant longtemps des symptômes oculo-nasaux.

Cette similitude des symptômes des crises dans les deux formes de rhinites, nous pousse à admettre un syndrome rhinite spasmodique, survenant dans diverses conditions, et devenant périodique, apériodique ou permanent, suivant que la cause immédiate de ce syndrome « rhinite spasmodique » est elle-même périodique, apériodique ou permanente.

Nous terminerons par une observation dans laquelle précisément, chez le même individu, le même syndrome survenait tantôt d'une façon périodique sous l'action du pollen, tantôt d'une façon apériodique.

OBSERVATION X

G. T..., vingt-six ans, étudiant en médecine.

Grands-parents souffraient de coliques hépatiques et d'artério-sclérose.

Père décédé à cinquante-sept ans d'un néoplasme de l'estomac, était arthritique et herpétique, graveleux, diabétique gras.

Mère a de la tendance à l'artério-sclérose.

Antécédents collatéraux. — Frère et sœur herpétiques.

Antécédents personnels. — Urticaire fréquent jusqu'à

l'âge de dix ans. Coqueluche, ayant laissé après elle une toux coqueluchoïde prolongée pendant cinq ans (jusqu'à l'âge de dix ans). Cette toux coqueluchoïde a été remplacée par du rhume des foins. Longtemps, le rhume des foins évolua seul, comme dans nos observations, mais vers l'âge de quinze ans, des rhinites spasmodiques apériodiques survinrent, caractérisées exactement par le même tableau clinique qu'à la période d'état du rhume des foins, mais survenant en toute saison, et se prolongeant parfois deux, trois ou quatre mois.

Éternuements spasmodiques pour un simple changement de température, pour une exposition au soleil, accompagnés d'hydrorrhée très abondante, de maux de tête, d'oppression toujours légère, et d'obstruction nasale. En même temps, des phénomènes généraux : impression de chaleur, inaptitude au travail, fatigue, irritabilité, se manifestaient ; il se produisait souvent de la diminution des urines, des décharges uriques. Après ces décharges uriques et après les périodes de rhinites spasmodiques, une période de bien-être, de santé, d'aptitude au travail survenait, qui durait trois ou quatre mois ; à ce moment, sans grande cause apparente, un nouveau syndrome, rhinite spasmodique, réapparaissait, apériodiquement.

Le rhume des foins continue à se montrer chaque année ; quand la période du 15 mai à juillet survient alors qu'une rhinite apériodique est encore en évolution, comme cela s'est produit l'année dernière, les symptômes ne changent pas, mais, à la suite de quelques heures passées dans un champ, ou en canot, au moment de la mise en liberté des pollens de

peupliers et de saule, tous les symptômes subissent une recrudescence intense.

Le malade n'éprouve aucune sensation nouvelle, il ne constate aucun fait nouveau : le syndrome rhinite spasmodique s'est simplement réveillé sous l'action d'une cause périodique.

Ni les cautérisations, ni le sérum de Billard n'ont donné le moindre résultat.

CONCLUSIONS

OPINION PERSONNELLE

1° Le rhume des foins et les rhinites spasmodiques apériodiques se traduisent par un même *syndrome clinique* « rhinite spasmodique » apparaissant dans des conditions différentes selon les sujets.

a) Ceux qui ont une sensibilité spéciale pour le pollen des graminées voient le syndrome « rhinite spasmodique » revenir chaque année à l'époque de la floraison de ces plantes.

b) Ceux dont la muqueuse nasale est particulièrement sensible à certaines poudres (ipéca, savon, poussière) voient le syndrome « rhinite spasmodique » revenir toutes les fois qu'ils sont exposés à ces causes.

c) Dans des cas plus rares, c'est une irrégularité anatomique qui entretient par irritation mécanique, la rhinite spasmodique.

d) Enfin, le syndrome rhinite spasmodique peut encore apparaître sous l'action d'un développement considérable de micro-organismes dans les fosses nasales et les cavités accessoires ; il suffira alors d'un courant d'air, d'une exposition au soleil, d'une

poussière banale, pour que la tolérance de la muqueuse, qui était presque vaincue, le soit tout à fait ;

2° Dans tous les cas, un terrain neuro-arthritique est nécessaire. Ce terrain neuro-arthritique est-il le seul lien qui unit entre elles les différentes formes de rhinites spasmodiques ? Des travaux ultérieurs nous le diront peut-être ;

3° Le syndrome « rhinite spasmodique », qu'il revienne périodiquement ou non, peut finir par être remplacé plus ou moins complètement par des crises d'asthme périodique ou apériodique ;

4° Tous les traitements préconisés ont donné quelques améliorations, très rarement des succès complets, souvent ils échouent.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu : le Doyen,

P. CAUWÈS

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

